

インフルエンザの入院例・重症例があった場合は、本様式での情報提供をお願い致します。

**入院・重症症例用
インフルエンザ症例連絡（情報提供）**

別紙 2

西宮市保健所長 殿

報告年月日 平成 年 月 日

医師の氏名 _____ 印 _____
(署名又は記名押印のこと)

従事する病院・診療所の名称 _____

上記病院・診療所の所在地() _____

電話番号() _____ - _____
(病院・診療所に従事していない医師にあつては、その住所・電話番号を記載)

1 診断(検案)した者(死体)の類型				
・患者(確定例) ・疑似症患者 ・無症状病原体保有者 ・感染症死亡者の死体 ・感染症死亡疑い者の死体				
2 当該者氏名	3 性別 男・女	4 生年月日 年 月 日	5 診断時の年齢(0歳は月齢) 歳(か月)	6 当該者職業
7 当該者住所 電話() -				
8 当該者所在地 電話() -				
9 保護者氏名	10 保護者住所 (9、10は患者が未成年の場合のみ記入)			電話() -

11 症 状	<ul style="list-style-type: none"> ・38度以上の発熱 ・38度未満の発熱 ・鼻汁もしくは鼻閉 ・咽頭痛 ・咳嗽 ・下痢 ・嘔吐 ・全身倦怠感 ・関節痛 ・筋肉痛 ・肺炎 ・多臓器不全 ・脳症 ・意識障害 ・その他(体温 _____) 	18 感染原因・感染経路・感染地域 感染経路(確定・推定) 感染地域(確定・推定) ・日本国内(都道府県 市区町村) ・国外(国 詳細地域)	
	12 診 断 方 法		<ul style="list-style-type: none"> ・インフルエンザ迅速診断キットA型陽性 ・分離・同定による病原体の検出 検体：鼻腔・咽頭ぬぐい液 その他() ・検体から直接のPCR法等による病原体遺伝子の検出 検体：鼻腔・咽頭ぬぐい液 その他() ・ペア血清での中和抗体の検出 結果：抗体陽転・抗体価の有意上昇 ・その他の方法() 検体() 結果() ・臨床決定()
13 発病年月日	平成 年 月 日	19 その他感染症のまん延の防止及び当該者の医療のために医師が必要と認める事項	
14 診断(検案())年月日	平成 年 月 日		
15 入院年月日	平成 年 月 日		
16 退院年月日(*)	平成 年 月 日		
17 死亡年月日	平成 年 月 日		

(1, 3, 11, 12, 18 欄は該当する番号等を で囲み、4, 5, 13 から 17 欄は年齢、年月日を記入すること。
()欄は、死亡者を検案した場合のみ記入すること。(*)欄は、患者(確定例)を診断した場合のみ記入すること。
11, 12 欄は、該当するものすべてを記載すること。)

西宮市保健所 FAX : 0798-33-1174